介護職員初任者研修（通信課程）　申込書

介護職員初任者研修の受講を申込みます。

申込日	令和　　年　　月　　日	
フリガナ		
氏　名		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	
フリガナ		
住　所	〒	
T E L		
携帯電話		
フリガナ		
E-mail		
本人確認書類	運転免許証　健康保険証　住民票　パスポート　残留カード（在日外国人の方） マイナンバーカード　　※コピーを提出してください	
ご職業		
勤務先		
実務経験	無 ・ 有（　　年　　ヶ月）	
受講理由	□ 仕事に必要なため　□ 資格を取得したい □ 介護の仕事がしたい　□ 家族の介護に役立てたい □ その他（　　）	
ご紹介者	施設名	ご紹介者名
受講料	□ 70,000 円　（消費税込・テキスト代込）	

申込締切日；令和8年4月24日（金）

※ 申込書は受講を決定するものではありません。 控えとしてコピーをお取りください。

提出先：　さくらカルチャーセンター　　担当：草田
〒379-2235 群馬県伊勢崎市東町2386-2
TEL：0270-63-2941　FAX：0270-63-2942